

平成 29 年度

医療機器販売業等の営業所管理者
医療機器修理業の責任技術者

継続研修申込書

申込日 平成 年 月 日

(公社) 日本薬剤師会 会長 山本 信夫 殿
(公社) 富山県薬剤師会 会長 西尾 公秀 殿

※申込書に不備がある場合、受付できませんのでご注意ください。

(フリガナ) 申込者氏名		性別	男 ・ 女
		生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日
<input type="checkbox"/> 富山県薬剤師会会員のいる営業所 (薬局等)		<input type="checkbox"/> 非会員	
受講票等の書類送付先 (ご希望の送付先にチェックしてください。)		<input type="checkbox"/> 営業所 (薬局等)	<input type="checkbox"/> 自宅
営業所 (事業所) 名			
営業所 (事業所) 所在地		〒 _____ 都 道 府 県	
許可番号*		許可年月日*	平成 年 月 日
営業所 (事業所) 電話番号	- - (内線)		
現住所	〒 _____ 都 道 府 県		
自宅電話番号	- -		携帯 - -

受講要件の確認 <input type="checkbox"/> に該当するものをそれぞれチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 営業所管理者 <input type="checkbox"/> 責任技術者 <input type="checkbox"/> 営業所管理者及び責任技術者兼務		
	<input type="checkbox"/> 医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 (該当に○をつけてください)		
	<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者	<input type="checkbox"/> (一社) 日本ホームヘルス機器協会 <input type="checkbox"/> (公財) 医療機器センター <input type="checkbox"/> (公財) 総合健康推進財団	修了証 番号
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

この枠内に払込金受領証を貼ってFAXして下さい

※許可番号、許可年月日は高度管理医療機器等販売業及び貸与業許可証の許可番号、有効期間の開始日です。

ここに記入いただいた個人情報は、継続研修関連業務以外には使用いたしません。

FAX送信先：076-442-3308 (富山県薬剤師会) / 締切日：2月16日 (金)